

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

214

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 31 Mars 1909, à 1 heure

PAR

Léon COUTURIER

Né à Loge-Fougereuse (Vendée), le 13 Janvier 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES PECTINÉALES

et de la Hernie de J. Cloquet

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { MM. DELBET, professeur
RIEFFEL, agrégé
PIERRE DUVAL, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 31 Mars 1909, à 1 heure

PAR

Léon COUTURIER

Né à Loge-Fougereuse (Vendée), le 13 Janvier 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES PECTINÉALES

et de la Hernie de J. Cloquet

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { MM. DELBET, professeur
RIEFFEL, agrégé
PIERRE DUVAL, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

	LE DOYEN	M. LANDOUZY
	PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale		BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		N...
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES ONCLES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

Hommages respectueux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière
Officier de la légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Hernies Pectinéales
Et de la Hernie de J. CLOQUET

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet nous sommes heureux d'exprimer à M. le Dr Rivet toute notre gratitude pour nous avoir inspiré le sujet de ce travail, pour avoir mis à notre disposition une observation très intéressante et pour nous avoir aidé dans nos recherches.

Nous le remercions également pour les conseils qu'il nous a donnés lorsque nous avons eu l'honneur d'être interne dans son service à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Nous exprimons nos sincères remerciements à

tous ceux qui ont contribué à notre instruction et tout particulièrement à M. le professeur Segond qui a bien voulu accepter de présider notre thèse inaugurale.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'indiquer dans ce travail ce que nous avons observé nous-mêmes en disséquant le muscle pectiné sur plusieurs cadavres. nous n'entrerons pas dans les détails sur les aponévroses de la cuisse, sur les gaines des vaisseaux et des muscles, sur les vaisseaux, les ganglions et les nerfs, ce qui compliquerait inutilement notre travail. Nous décrirons l'aponévrose du muscle pectiné telle que nous l'avons vue sur le cadavre que nous avons disséqué ; nous en donnons le dessin dans ce travail.

Nous avons cru devoir commencer notre étude par l'anatomie du muscle pectiné ; nous ne comprendrons bien le mécanisme des hernies à travers ce muscle qu'en connaissant la région où elles se produisent.

Etant donné la rareté et le siège des hernies que nous voulons étudier, elles présentent de sérieuses difficultés de diagnostic, de pronostic et de traitement. Les quelques observations qui existent ne permettent pas de s'étendre bien longuement sur ce sujet. Nous nous bornerons à décrire le muscle pectiné tel que nous l'avons observé dans nos dissec-

tions et à étudier les hernies qui pénètrent dans l'intérieur de ce muscle ou sous son aponévrose en nous aidant des observations que nous avons pu recueillir. Nous n'entrerons pas dans la description des différents procédés opératoires qui sont ceux de la hernie crurale ordinaire. Aucun travail d'ensemble n'a été fait récemment sur ce sujet, et la difficulté de se procurer des documents assez nombreux rend les recherches difficiles. Nous avons eu l'avantage de profiter d'une observation prise par M. le Dr Rivet, ce qui a facilité notre tâche.

Nous avons choisi le titre de « hernies pectinéales et de hernie de Cloquet » parce que nous verrons qu'il existe plusieurs variétés de hernies pectinéales, les unes sont sous-aponévrotiques, les autres sont intramusculaires, les unes pénètrent sous l'aponévrose du pectiné à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'arcade crurale et les autres immédiatement après leur sortie de l'anneau crural ou d'une éraillure du ligament de Gimbernat. Les unes sont rétro-vasculaires, les autres ont des rapports éloignés avec les vaisseaux fémoraux.

La hernie observée par M. le Dr Rivet et dont nous reproduisons l'observation n'est pas une hernie de Cloquet, nous verrons plus loin comment elle en diffère.

Nous mettrons l'observation de M. le Dr Rivet dans un chapitre spécial après le chapitre sur l'anatomie du muscle pectiné.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie du muscle pectiné

Situation. — Le muscle pectiné est situé à la partie supérieure et interne de la cuisse entre le muscle grand psoas en dehors et le moyen adducteur en dedans, entre la branche horizontale du pubis en haut et la ligne de trifurcation moyenne de la ligne âpre du fémur en bas. Il est superficiel à sa partie supérieure où il forme la partie interne de l'aire du triangle de Scarpa et en dehors la paroi postérieure et interne du canal crural. Il est cependant recouvert près de son bord externe, en haut par la veine fémorale, à sa partie moyenne par la veine fémorale et l'artère qui chemine en dehors d'elle et à ce niveau par l'intermédiaire des vaisseaux, par le muscle Couturier qui croise son bord externe de haut en bas et de dehors en dedans. Avant de s'insérer au fémur il s'insinue entre le vaste interne en avant et le petit adducteur en arrière.

Il repose par sa face postérieure en haut sur la face pectinéale du pubis et sur l'obturateur externe, sur le grand adducteur à sa partie moyenne et en bas sur le petit adducteur.

Forme et direction. — Le muscle pectiné, de forme quadrilatère, est aplati d'avant en arrière. Il est plus large en haut qu'en bas et a une épaisseur de 1 à 2 centimètres suivant les sujets. Il est plus long que large.

Les fibres de ce muscle forment des faisceaux peu serrés et facilement dissociables, ce qui peut expliquer la pénétration d'une hernie dans leurs interstices. Ces fibres se dirigent de haut en bas et de dedans en dehors, les plus internes sont les plus obliques, les plus externes se rapprochent de la verticale.

La ligne d'insertion supérieure du muscle étant horizontale et la ligne d'insertion inférieure verticale le muscle subit une rotation, sa face antérieure devient externe et sa face postérieure devient interne.

Les fibres qui partent de la partie externe de l'insertion sur la branche horizontale du pubis viennent à la partie la plus élevée de l'insertion sur le fémur, les fibres les plus internes se rendent à la partie inférieure de cette dernière insertion.

INSERTIONS

1^o *Insertions supérieures.* — Le muscle pectiné s'insère directement par ses fibres charnues et par de courtes fibres aponévrotiques sur l'épine du pubis, la crête pectinéale et l'éminence ilio-pectinée.

Il s'insère en dedans à la partie inférieure de l'épine du pubis et sur le corps du pubis lui-même.

C'est en ce point que la surface d'insertion est la plus large, elle acquiert une largeur de 8 à 10 millimètres. L'insertion se fait à ce niveau par des fibres aponévrotiques d'autant plus longues qu'elles sont plus en dedans; ces fibres sont juxtaposées aux fibres du tendon du moyen adducteur en dedans.

Si nous allons de dedans en dehors en suivant la ligne d'implantation supérieure du muscle, nous voyons que cette ligne se porte d'avant en arrière et suit la crête pectinéale. Sur cette crête l'insertion se fait plus particulièrement par des fibres charnues et a une largeur de 2 à 3 millimètres seulement; le muscle se poursuit jusque sur l'éminence ilio-pectinée où il s'insère plus largement que sur la crête. Le muscle glisse sur la surface pectinéale sans y prendre aucune attache. Henle a décrit une insertion des plans profonds dans la gouttière sous-pubienne, au-dessous de la surface pectinéale.

Nous pouvons noter les insertions du muscle à son aponévrose et au ligament de Cooper. De plus signalons en dehors et en arrière l'insertion du muscle au ligament pubo-fémoral et à la capsule de l'articulation coxo-fémorale.

2° *Insertions inférieures.* — Le muscle pectiné prend ses attaches à sa partie inférieure sur la ligne de trifurcation moyenne de la ligne âpre du fémur, cette ligne est à peu près verticale, elle est légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, elle aboutit en haut au petit trochanter et en bas à la ligne âpre du fémur. La ligne d'insertion du mus-

cle a une longueur de 4 centimètres environ. L'implantation se fait par l'intermédiaire de deux lames aponévrotiques d'une hauteur de 2 à 3 centimètres qui continuent les fibres superficielles de chacune des deux faces du muscle : l'antérieure et la postérieure.

RAPPORTS

Pour la facilité de la description nous décrivons au muscle pectiné quatre bords, un supérieur, un inférieur, un externe, un interne, et deux faces, l'une antérieure et l'autre postérieure.

1° *Bord supérieur.* — Le bord supérieur obliquement dirigé de dedans en dehors et d'avant en arrière se confond avec la ligne d'insertion, il est en rapport avec les points osseux sur lesquels il s'implante. Sur la partie interne de la crête pectinéale il est en rapport avec le ligament de Gimbernat par l'intermédiaire du ligament de Cooper ; sur la partie externe de cette crête il forme le bord postérieur de l'anneau crural dans lequel cheminent la veine fémorale en dedans et l'artère de même nom en dehors. Entre la veine et le bord externe du ligament de Gimbernat se trouve un espace libre qui peut donner passage à une hernie crurale.

Dans ce passage, on trouve le ganglion de Cloquet qui est à cheval sur le bord externe du dernier ligament.

2° *Bord inférieur.* — Le bord inférieur se confond également avec la ligne d'insertion sur le fémur.

Il est en rapport en dehors et en arrière avec le petit adducteur qui s'insère sur le fémur en dehors de notre muscle par les fibres ses plus élevées.

En dedans et en avant il est contigu en haut au psoas iliaque qui s'insère sur le petit trochanter et en bas au vaste interne.

A la limite inférieure de cette insertion, entre le muscle pectiné et le muscle moyen adducteur se trouve un anneau parfois formé par un faisceau fibreux détaché de la partie inférieure du pectiné et passant au moyen adducteur en formant un pont. Dans cet anneau ou sous ce pont fibreux qui forme cet anneau passe la première perforante qui est une branche de la fémorale profonde ; elle est accompagnée de sa veine satellite.

A la partie supérieure de l'insertion passent la veine et l'artère circonflexes internes.

3° *Bord externe.* — Le bord externe du muscle pectiné est contigu au muscle grand psoas dont il est séparé par une atmosphère cellulo-graisseuse.

Ce bord est croisé en avant par les vaisseaux fémoraux, la veine et l'artère qui passent de dehors en dedans sur le muscle. L'artère d'abord en dehors de la veine passe bientôt en avant d'elle.

Le bord externe est plus particulièrement en rapport dans son tiers inférieur avec l'artère fémorale profonde et la veine de même nom.

4° *Bord interne.* — Ce bord est contigu au bord externe du moyen adducteur avec lequel il se confond parfois comme nous le verrons plus loin.

En arrière il est croisé à angle aigu par les vaisseaux et le nerf obturateur qui se dirigent de haut en bas et légèrement de dehors en dedans, et par les vaisseaux circonflexes internes qui se dirigent horizontalement vers son tiers inférieur.

5° *Face antérieure.* — Cette face forme la partie interne du plancher du triangle de Scarpa. Elle est superficielle dans sa partie interne et supérieure; elle n'est recouverte seulement que par son aponevrose, l'aponévrose fémorale et le fascia superficialis.

En dehors et en haut elle répond à la veine fémorale qui passe sur elle de dehors en dedans et au canal crural. Dans sa partie moyenne l'artère fémorale qui accompagne la veine du même nom sur son côté externe passe également sur le muscle pectiné, ces deux vaisseaux sont recouverts par le muscle couturier à ce niveau.

Sur cette face passent les artères honteuses externes, la supérieure sur l'aponévrose fémorale, et l'inférieure en dessous de cette aponevrose.

La veine saphène interne vient aboutir dans la veine fémorale en gagnant son côté interne à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'arcade crurale.

Nous trouvons à la surface de ce muscle dans le fascia crébriformis deux groupes de ganglions, trois ou quatre ganglions supéro-internes avoisinant l'arcade crurale et un groupe de deux ou trois ganglions inféro-interne par rapport à la veine fémorale et qui occupe le voisinage de la fosse ovale.

6° *Face postérieure.* — Le muscle pectiné glisse en haut sur la surface pectinéale du pubis qui est une surface triangulaire à sommet interne et qui a une longueur de 4 à 5 centimètres environ. Il passe ensuite sur le muscle obturateur externe en dedans et sur la capsule coxo-fémorale en dehors recouverte par le psoas iliaque. A la partie moyenne la face postérieure du pectiné correspond à une partie triangulaire du grand adducteur, en bas elle repose sur le petit adducteur.

Dedehors en dedans, à la face postérieure du muscle pectiné cheminent l'artère circonflexe interne et sa veine satellite branches des troncs fémoraux profonds.

En haut et en dedans entre l'obturateur externe en arrière et le pectiné cheminent de haut en bas et un peu de dehors en dedans les vaisseaux et le nerf obturateurs, ils sont contenus dans une atmosphère cellulo-graisséeuse.

VAISSEAUX

Les artères qui irriguent le muscle pectiné viennent de la fémorale profonde et de l'obturatrice.

La honteuse externe inférieure envoie parfois un ou plusieurs rameaux au muscle pectiné.

La circonflexe interne, branche de la fémorale profonde, passe au-dessous du muscle et lui envoie quelques rameaux. Enfin une branche terminale de l'obturatrice vient se terminer dans ce nerf.

Innervation. — Le muscle pectiné reçoit un rameau du musculo-cutané interne branche du crural. Il reçoit parfois en arrière un rameau de l'obturateur.

ACTION

Le muscle pectiné appelé par Cruveilhier le premier adducteur sert à l'adduction de la cuisse en dedans, il fléchit la cuisse sur le bassin et imprime une rotation de la jambe en dehors grâce à la disposition de ses insertions.

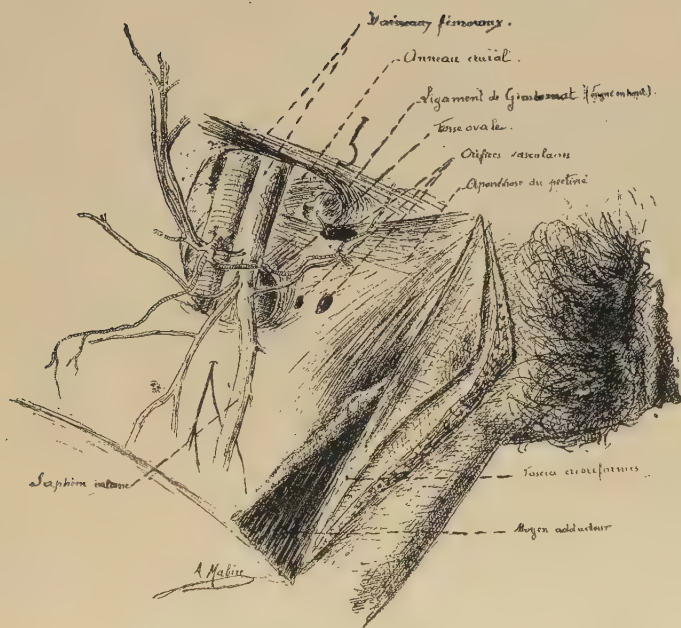
ANOMALIES

Nous allons nous borner à signaler les anomalies que nous avons constatées nous-mêmes en nous livrant à des recherches sur huit sujets différents.

Nous avons vu une fois dans le cours de dissections le muscle pectiné formé de deux lames superposées dans deux plans parallèles. La lame profonde venait prendre ses attaches presque exclusivement au-dessous de l'épine du pubis par un court tendon, elle s'étalait ensuite en éventail sous la lame superficielle. Les deux lames étaient complètement distinctes l'une de l'autre.

Deux fois nous avons vu le muscle pectiné soudé au muscle moyen adducteur par tout son bord interne ; il était impossible de séparer les deux muscles qui étaient intimement unis.

Nous avons vu le muscle pectiné envoyer un faisceau anastomotique au muscle moyen adducteur en formant l'anneau dont nous avons déjà parlé.



APONÉVROSE PECTINÉALE

Nous réservons une place toute spéciale dans notre travail pour la description de cette aponévrose qui pourra nous expliquer le mécanisme de pénétration de nos hernies.

Nous l'avons disséquée avec soin et notre ami M. A. Mabire a bien voulu nous en faire un dessin très fidèle que nous sommes heureux de reproduire ici.

Nous ne décrivons pas le fascia superficialis, le fascia crebriformis et les différents feuillets de dédoublement de l'aponévrose fémorale que nous avons détachée prudemment de l'arcade crurale et de l'épine du pubis en conservant soigneusement notre aponévrose du muscle pectiné.

Nous détruisons la paroi antérieure du canal crural jusqu'à la fosse ovale pour mettre en évidence les vaisseaux.

Nous avons enlevé préalablement le fascia crebriformis et les ganglions contenus entre ses fibres.

Nous relevons le ligament de Gimbernat par une érigne, et nous obtenons ainsi la dissection que nous avons fait dessiner.

L'aponévrose du pectiné ainsi mise à nu se continue avec l'aponévrose fémorale elle-même dont elle ne serait d'après les auteurs qu'un feuillet de dédoublement profond.

Elle s'attache en haut au corps du pubis près de la symphise, à l'épine du pubis, à la crête pectinéale, au ligament de Cooper et à l'éminence ilia-pectinée.

L'aponévrose a de solides attaches au ligament de Cooper et à la crête pectinéale. Le muscle pectiné prend des insertions par ses fibres charnues à la partie profonde de cette aponévrose avant même qu'elle atteigne l'insertion osseuse. L'aponévrose du pectiné pénètre sous les vaisseaux fémoraux entre l'anneau crural et la fosse ovale pour former la paroi postérieure du canal crural.

Etant donné la disposition des insertions à la branche horizontale du *pubis* il paraît impossible qu'une hernie vienne soulever le ligament de Cooper ou l'insertion de l'aponévrose et du muscle sur la crête pectinéale pour pénétrer directement dans le pectiné. Les hernies intra-pectinéales pénétreront forcément d'abord par le canal crural ou par une éraillure du ligament de Gimbernath comme pour la hernie de Laugier pour venir pénétrer sous l'aponévrose du pectiné par un orifice naturel ou une déchirure.

Les orifices que nous avons observés à la surface de l'aponévrose du pectiné sont au nombre de trois ou quatre.

Le principal est certainement la fosse ovale.

A 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'arcade cru-

rale la veine saphène interne qui remonte sur l'aponévrose de dedans en dehors vient perforer cette aponévrose pour se jeter dans la veine fémorale.

En pénétrant l'aponévrose, la veine saphène interne imprime un repli à cette dernière ; ce repli est concave en haut et embrasse dans sa concavité la crosse de la veine saphène interne. Les auteurs ont donné le nom de repli d'Allan-Burns ou de Hey à cette particularité de l'aponévrose.

Le repli d'Allan-Burns envoie deux faisceaux fibreux appelés cornes vers l'arcade crurale. La corne interne se perd insensiblement dans l'aponévrose du pectiné qu'elle renforce en dedans de la veine fémorale ; la corne externe remonte jusqu'à l'arcade crurale en dehors de l'artère fémorale.

Entre le repli de Hey ou d'Allan-Burns et les deux cornes qui le continuent, se trouve un espace vide dépourvu d'aponévrose au fond duquel on peut distinguer l'artère fémorale en dedans et la veine fémorale en dehors qui reçoit à ce niveau la veine saphène interne.

C'est à peine si nous rencontrons quelques tractus fibreux qui ferment la fosse en avant et qui dépendent du fascia crebriformis.

En dedans de la fosse ovale nous avons observé un ou deux petits orifices.

En haut près du ligament de Gimbernat et parallèlement à son bord externe nous avons trouvé sur le sujet que nous avons disséqué et fait dessiner un orifice vasculaire ovalaire, long de 8 à 10 millimè-

tres environ et large de 4 millimètres. Cet orifice n'existe pas chez tous les sujets, mais il nous sera utile pour expliquer le mécanisme de certaines de nos hernies.

L'aponévrose du pectiné moins résistante dans sa partie interne et moyenne devient très solide dans toute sa partie supérieure et externe où elle est renforcée par de nombreux faisceaux fibreux.

Sur l'aponévrose que nous avons disséquée nous avons pu voir très facilement la direction des fibres : Les fibres de l'aponévrose qui partent de l'épine du pubis vont en rayonnant, les plus internes descendent en bas presque verticalement elles deviennent de plus en plus horizontales à mesure qu'on remonte.

Près du ligament de Gimbernat et de l'anneau crural nous avons des faisceaux fibreux épais et horizontaux.

Près de la corne interne du repli d'Allan-Burns nous avons des fibres qui remontent dans l'aponévrose presque verticalement.

Au-dessus de la fosse ovale, en dedans de la veine fémorale nous avons des fibres obliques dirigées de haut en bas et de dedans en dehors.

LIGAMENT DE GIMBERNAT

Puisque la hernie observée par M. le Dr Rivet a passé probablement par une éraillure du ligament de Gimbernats nous allons décrire succinctement ce ligament.

Le ligament de Gimbernats est une dépendance de l'aponévrose du grand oblique dont les fibres se réfléchissent au niveau de l'arcade crurale et se dirigent de dehors en dedans et d'avant en arrière pour venir s'insérer sur une ligne de 2 à 3 centimètres qui part de l'épine du pubis et se dirige sur la crête pectinéale. Les fibres les plus externes deviennent curvilignes et viennent former le bord externe qui est concave en dehors. Ces fibres curvilignes sont moins résistantes et moins épaisses et peuvent se dissocier et former des éraillures du ligament.

Le ligament de Gimbernats a une forme triangulaire, son sommet correspond au pubis et sa base est formée par son bord externe. Nous pouvons donc lui considérer trois bords et deux faces.

Son bord antérieur répond à l'arcade de Fallope et en arrière au canal inguinal qui est traversé par le

ligament rond chez la femme et le cordon chez l'homme.

Son bord postérieur situé sur la crête pectinéale se confond avec le ligament de Cooper qui est un faisceau fibreux couché sur cette crête et formé par le ligament de Gimbernat, l'aponévrose du pectiné, le fascia transversalis qui s'y attache également et peut-être un faisceau de l'adminaculum lineæ albæ.

Ce ligament adhère fortement à la crête pectinéale et il paraît difficile de l'en détacher. Une hernie ne pourrait pas glisser au-dessous de lui.

Le bord externe du ligament de Gimbernat est un bord concave qui forme le bord interne de l'anneau crural, il regarde la veine fémorale de laquelle il est séparé par un espace libre où pourrait passer une hernie crurale. Dans cet espace libre nous trouvons un ganglion appelé ganglion de Cloquet qui est à cheval sur le bord externe du ligament de Gimbernat.

La face supérieure de notre ligament est concave en haut si nous respectons l'aponévrose fémorale qui attire l'arcade crurale en bas en s'insérant sur elle ; elle regarde du côté du canal inguinal et est recouverte par le fascia transversalis.

La face inférieure est convexe en bas et est recouverte par l'aponévrose fémorale.

Les hernies pectinéales

CHAPITRE DEUXIÈME

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à M. le Dr Rivet.)

Hernie pectinéale étranglée opérée et guérie

La malade qui fait l'objet de cette observation était âgée de soixante ans et ne présentait rien de particulier à noter avant les derniers accidents qui attirent notre attention si ce n'est l'état mauvais de ses poumons qui pouvait faire penser à de la tuberculose. Cette femme était très amaigrie.

Après avoir copieusement diné la veille, elle fut prise dans la matinée de douleurs abdominales assez fortes, qui lui semblaient avoir leur maximum très bas dans la fosse iliaque droite ; dans la soirée elle eut quelques nausées, elle avait été à la selle la veille. Son médecin, le Dr Simonneau, l'examine alors soigneusement sans rien constater du côté des orifices herniaires habituels ; il se demande s'il n'était pas en présence d'un début d'occlusion intestinale. Il revient

voir la malade le lendemain matin, la nuit avait été mauvaise, des vomissements quasi-fécaloïdes étaient survenus. En l'examinant attentivement de nouveau il lui semble trouver un peu d'empâtement à la racine de la cuisse droite en dedans du canal crural. La pression à ce niveau était douloureuse. Il décida alors le malade à une intervention et la fit entrer à ma clinique.

Je la vis avec lui vers onze heures du matin. La malade était fatiguée, elle avait le facies un peu grippé, le pouls était petit et rapide, l'abdomen était légèrement ballonné, elle ne rendait pas de gaz et n'avait pas été à la selle depuis deux jours. Les vomissements étaient nettement fécaloïdes.

On trouve en effet à la racine de la cuisse droite mais en cherchant avec beaucoup de soin et en regardant à jour friant que cette région est un peu plus tendue que l'autre.

La palpation ne donne qu'une vague sensation d'empâtement, mais elle est nettement douloureuse. Les anneaux inguinaux de chaque côté sont libres. L'anneau crural en dedans semble accessible ; la tuméfaction commence près de lui et semble s'en éloigner plus en dedans.

Enfin après un examen complet de la malade du côté des orifices et après avoir pratiqué le toucher rectal on fait le diagnostic d'occlusion intestinale évidente, mais d'origine douteuse, cependant vraisemblablement à droite et près de l'arcade crurale de ce côté ; car au-dessus de l'arcade la palpation profonde était douloureuse.

Néanmoins comme il existait au niveau de l'anneau crural quelque chose d'insolite on résolut de commencer l'intervention de ce côté.

Nous fîmes donc une incision (sous chloroforme) un peu en

dedans de l'anneau crural, mais de façon cependant à bien l'examiner. L'anneau disséqué, on voit la gaine des vaisseaux qu'on isole facilement, la maigreur du sujet en facilitant la dissection, le doigt introduit dans l'anneau le sent libre.

Pour mieux voir on prolonge l'incision en haut au-dessus de l'arcade, on pénètre dans l'abdomen intentionnellement et le doigt permet de s'assurer qu'en effet sous l'arcade crurale en dedans de l'anneau une anse intestinale a pénétré.

Nous reprenons alors la dissection et la mise à nu de l'aponévrose pectinéale, on incise l'aponévrose et on voit ses fibres qui sont tendues plus fortement que d'habitude ; on écarte les fibres avec précaution et profondément dans leurs interstices, on tombe sur une petite tuméfaction, qui, disséquée, montre qu'on se trouve en présence d'un sac herniaire. Le pectiné est fendu dans toute sa longueur et nous nous rendons compte que le pédicule du sac s'éloigne de l'anneau crural, passe sous l'arcade crurale sans doute dans une éraillure du ligament de Gimbernat.

Dans le sac nous trouvons une anse d'intestin grêle fortement congestionnée et très noire ; après l'avoir bien lavée et éponagée, nous incisons complètement l'arcade crurale pour lever l'étranglement du collet assez fortement serré et profondément enfoui au ras de la crête pectinéale.

La réduction se fait aisément, la résection et la ligature du sac furent plus pénibles.

Nous nous retirons en suturant le mieux possible les différents plans désunis et en solidarisant le tout avec l'arcade crurale effondrée.

Nous plaçons un drain à la partie inférieure de l'incision.

La malade guérit sans accroc et le dix-septième jour elle sortait de ma clinique.

Telle est l'intéressante observation dont M. le Dr Rivet a bien voulu nous laisser profiter.

Cette hernie ne passait pas par l'anneau crural et elle était dissimulée dans le muscle, ce qui la différenciait de la hernie de Cloquet qui passe par l'anneau crural, descend en arrière de la veine fémorale et pénètre forcément avec elle sous l'aponévrose pectinéale au niveau de la fosse ovale.

La hernie de M. le Dr Rivet, au contraire, pénètre le muscle très haut et pour nous l'expliquer nous nous sommes livré à des recherches anatomiques. En se reportant à l'anatomie de l'aponévrose du muscle pectiné, nous voyons qu'il existe parfois un orifice vasculaire dans cette aponévrose, parallèlement au ligament de Cooper, en face du bord externe du ligament de Gimbernat.

Une hernie ne pouvant pas soulever le ligament de Cooper qui prend de solides attaches sur la crête pectinéale, nous devons penser que la hernie dont nous venons de donner l'observation passait à travers le ligament de Gimbernat et pénétrait immédiatement au-dessous de ce ligament sous l'aponévrose du muscle pectiné et dans l'intérieur de ce muscle par un orifice vasculaire semblable à celui que nous avons décrit.

Nous pouvons rapprocher cette observation de celles qu'Alberti et Axhausen ont publiées et dont nous donnons la traduction plus loin.

CHAPITRE TROISIÈME

Historique

La première observation connue de hernie pectinéale fut publiée par Callisen (1) en 1777. C'était une hernie très profonde, rétro-vasculaire située même entre le pectiné et le muscle psoas ; mais si la disposition de cette hernie était telle, elle différait de la véritable hernie pectinéale par le siège, c'est l'observation où cette sorte de hernie siège le plus en dedans.

Nous ne voyons pas très bien comment une hernie crurale aurait pu glisser si loin sous les vaisseaux fémoraux et changer de direction pour venir d'avant en arrière se loger entre les deux muscles.

En lisant cette observation, nous voyons qu'au moment de l'opération elle donna lieu à de sérieuses difficultés et fit penser à un ileus, mais le chirurgien, se rappelant avoir réduit une hernie à ce niveau, chercha plus profondément et découvrit le sac.

1. Callisen. « Observata medico-chirurgica herniarum rariorum biga », in *Acta societatis medicæ hauniensis*, 1777, vol. XI.

Plus tard en 1814 Cloquet publiait une nouvelle observation de hernie pectinéale. Celle-ci différait essentiellement de celle de Callisen, elle était moins profonde et siégeait à la surface du muscle pectiné dans la gaine des vaisseaux fémoraux qu'elle refoulait en avant et en dehors. Cloquet, dont nous reproduisons l'observation *in extenso* comme elle est donnée dans sa thèse de concours de 1831 (1), ne dit pas si sa hernie pénétrait sous l'aponévrose du muscle pectiné, il est surtout préoccupé de l'oblitération des vaisseaux fémoraux produite par la compression et de l'aspect cartilagineux et variqueux qu'ils présentent au niveau de la hernie.

La même disposition se trouvait des deux côtés.

Cependant dans ses recherches sur les hernies de l'abdomen en 1817 cet auteur rapporte avoir vu le sac pénétrer sous le feuillet postérieur de la gaine des vaisseaux fémoraux et reposer directement sur le muscle. Cette hernie portera désormais son nom.

Le 18 octobre 1827, Vidal (de Cassis) trouva sur le cadavre d'une vieille femme une hernie qui passait immédiatement en dehors du ligament de Gimbernat, perforait le feuillet profond du fascia lata et se prolongeait dans le muscle. Cette disposition existait des deux côtés mais on ne dit pas à quel endroit les 2 hernies perforaient l'aponévrose.

Le sac a 2 pouces de longueur, il est oblitéré dans sa partie inférieure.

1. J. Cloquet. *Pathologie chirurgicale*, thèse de concours 1831.

En 1843 il fut présenté par Roustan à la Société anatomique l'observation de l'autopsie d'un homme présentant une hernie iutra-pectinéale. Cette hernie diffère complètement des précédentes qui sont toutes chez la femme ; celle-ci se rencontre chez un homme de quatre-vingt-trois ans ; les autres pénètrent sous les vaisseaux fémoraux dans le canal crural ; mais celle-ci prenant la place du ligament de Gimbernath détruit par une première opération de hernie crurale pénètre, dit Roustan, sous l'aponévrose pectinéale détachée du ligament de Cooper. Cette hernie présentait deux sacs : un sac pectinéal très long de 7 centimètres environ, renfermant de l'épiploon et un sac crural. Nous avons là une hernie bien différente de la hernie de Cloquet. D'abord elle est située très en dedans des vaisseaux fémoraux et ne pénètre pas comme la précédente dans le canal crural, elle ne sort pas non plus par l'anneau crural mais tient la place du ligament de Gimbernath. Nous sommes en droit de penser que cette hernie n'a point passé par une éraillure de l'aponévrose mais par un orifice aponévrotique tel que nous en avons observé un sur le bord de la crête pectinéale, nous ne pouvons cependant rien affirmer à ce sujet.

Dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale en 1857 Richet en expliquant le mécanisme des hernies crurales disait ce qui suit :

« Une fois installé dans la loge infundibuliforme qu'il s'est créée, et qui ressemble assez bien à la cavité d'un dé à coudre, l'intestin fait effort sur toutes

les parois à la fois ; et si la force qui tend à le chasser au dehors est supérieure à la résistance de l'une d'elles, il sortira de l'entonnoir pour se porter dans une autre direction. Or c'est là précisément ce que l'on observe et la paroi la plus faible, celle qui cède la première, c'est l'antérieure formée par la lame criblée qui tantôt se laisse déchirer, d'autre fois simplement refouler.

« On comprend cependant qu'à la rigueur ce soit la paroi postérieure qui faiblisse et j'ai disséqué une hernie crurale dans laquelle on voyait une portion de l'épiploon qui, après avoir traversé l'aponévrose pectinéale, s'était mise en rapport immédiat avec les fibres de ce muscle. »

Il était donné ainsi une explication à cette sorte de hernie. Nous verrons plus loin comment on peut l'expliquer d'une autre façon.

En juillet de la même année 1857, Legendre présentait à la Société de Biologie une forme de hernie crurale à travers l'aponévrose du muscle pectiné ; il l'intitulait hernie de J. Cloquet. Nous reproduisons plus loin cette observation avec les quelques détails que Legendre a donnés sur la hernie pectinéale.

Cette observation très intéressante diffère de l'observation de Cloquet, elle se rapproche plus de celle de Roustan.

Cette hernie comme celle de Roustan pénètre l'aponévrose immédiatement au-dessous de la branche transversale du pubis, elle est sous-aponévrotique ; elle n'occupe pas la place du ligament de Gimbernat

comme la hernie de Roustan, mais elle passe immédiatement en dehors. Elle est sous-aponévrotique et siège au lieu même des hernies obturatrices, ce qui peut rendre le diagnostic différentiel très difficile.

L'année suivante en 1858, Legendre réunit les quatre observations de Callisen, de Cloquet, de Vidal (de Cassis) et de Richet auxquelles il ajoute la sienne et présente ces cinq observations à la Société de Biologie (1).

En 1862 Adams publie dans la *Gazette des Hôpitaux* l'observation d'une hernie étranglée qui avait traversé l'anneau crural en glissant en arrière et un peu en dedans de la veine fémorale dans la direction du muscle pectiné au milieu duquel la hernie s'était engagée. Cette hernie est bien celle de Cloquet mais au lieu d'être simplement sous-aponévrotique elle est intra-musculaire.

Ce fut en 1885 que Loumeau, de Bordeaux, fit sa thèse de doctorat en médecine sur les « variétés rares de hernies crurales ». Il consacra quelques pages à la hernie de Cloquet avec les observations publiées jusqu'à ce jour.

En 1895 Alberti publie en Allemagne une observation intéressante de hernie intra-pectinéale étranglée dans laquelle en l'absence de toute tumeur siégeant au niveau des orifices herniaires on avait cru à

1. Observations de hernies crurales à travers l'aponévrose du muscle pectiné, hernie de J. Cloquet, *Société de Biologie*, Paris, 1858.

un étranglement externe et pratiqué la laparotomie ; on trouva l'orifice herniaire dans l'anneau crural. La hernie siégeait dans l'épaisseur même du muscle pectiné et pénétrait près de la branche horizontale du pubis.

En 1896 nous trouvons une thèse de Lyon de Bard intitulée : *Contribution à l'étude des variétés rares des hernies inguinales et crurales au point de vue de leur siège et de leur contenu*. Nous ne retrouvons dans cette thèse que quelques mots sur la hernie pectinéale ou hernie de Cloquet : « Dans cette forme particulière de hernie au moment où elle traverse l'anneau crural se dirige en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux et se met en rapport avec le muscle pectiné dont elle perfore l'aponévrose et le muscle. Elle est contenue entre l'aponévrose et le muscle. Elle est très profondément située derrière les vaisseaux et peut être confondue avec une hernie obturatrice. »

Nous avons vu déjà que la hernie pectinéale n'occupe pas toujours le siège indiqué par Bard, mais siége souvent loin des vaisseaux en dedans. Il y a donc plusieurs sortes de hernies pectinéales, les unes siégeant en arrière de la veine fémorale et perforant l'aponévrose à sa partie moyenne, et les autres perforant l'aponévrose directement au-dessous de la branche transversale du pubis en face le ligament de Gimbernat ou tout près de son bord externe, cette dernière hernie située en face du

canal sous-pubien se confondrait plus aisément avec la hernie obturatrice que la première.

Dans les traités de chirurgie actuels nous trouvons une seule description de hernie pectinéale qui est celle de la hernie de Cloquet telle que l'a décrite Bard dans sa thèse de doctorat.

En 1906 était publiée l'intéressante observation de Axhausen à Leipzig.

On avait une hernie pectinéale étranglée qui pénétrait dans le muscle tout près du bord inférieur du ligament de Cooper, cette hernie, malgré le peu de signes qu'elle présentait, fut diagnostiquée, opérée et guérie.

Au mois d'octobre 1908 M. le Dr Rivet, chirurgien des hôpitaux de Nantes, fut appelé auprès d'une malade présentant des symptômes d'occlusion intestinale.

Un léger empâtement au niveau du muscle pectiné et une douleur assez vive à la pression firent diagnostiquer une hernie étranglée qui fut opérée et guérie. C'était une hernie semblable à celle d'Axhausen, pénétrant l'aponévrose du muscle près du ligament de Cooper et ayant passé probablement dans une éraillure du ligament de Gimbernath. Le sac herniaire était entouré de tissu musculaire, même à sa paroi antérieure. Cette hernie avait probablement pénétré sous l'aponévrose par un orifice vasculaire. A l'encontre de la hernie de Cloquet elle n'a que des rapports éloignés avec les vaisseaux fémoraux.

CHAPITRE QUATRIÈME

Pathologie

Les hernies pectinéales sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Nous n'en avons noté qu'un seul cas chez un homme de quatre-vingt-trois ans. Elle existent surtout chez les sujets âgés et amaigris. Elles n'ont pas été observées au-dessous de quarante ans.

Mécanisme des hernies pectinéales

Nous allons diviser nos hernies pectinéales en deux variétés :

1° *Hernie de Cloquet.* — La hernie de J. Cloquet, comme la hernie crurale ordinaire, pénètre par l'anneau crural dans le canal de même nom ; elle va se loger en arrière des vaisseaux fémoraux et surtout de la veine fémorale ; maintenue ainsi très en arrière, glissant sur le feuillet postérieur de la gaine des vaisseaux elle aura tendance à perforer ce feuillet postérieur pour se loger sous l'aponévrose du muscle pectiné ou entre les fibres de ce muscle lui-même.

Rappelons à ce sujet ce que disait Richet dans son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* pour expliquer le mécanisme de la hernie crurale. Nous renvoyons pour cela à notre historique où nous rapportons ses paroles.

S'il est vrai que l'intestin exerçant une pression sur toutes les parois perfore la moins résistante, dans la hernie crurale ordinaire ce sera la paroi antérieure, le fascia crébriformis ; mais dans la hernie de Cloquet le sac maintenu solidement en avant par les vaisseaux fémoraux aura une tendance à pénétrer l'aponévrose pectinéale.

Dans tous les cas si la hernie rétro-vasculaire ne perforait pas l'aponévrose elle pourrait glisser en arrière de la veine fémorale jusqu'à la fosse ovale. Là elle arriverait sur les vaisseaux honteux externes inférieurs qui vont sous l'aponévrose du pectiné par un orifice et sous le repli d'Allun Burns et sa corne interne. Cet orifice est constant et serait le passage de la hernie de Cloquet sous l'aponévrose.

Sans trancher la question au point de vue du mécanisme de la hernie de Cloquet nous nous bornons à donner ces deux explications.

La hernie de Cloquet est donc une hernie crurale rétro-vasculaire qui dans le canal crural pénètre sous l'aponévrose du muscle pectiné pour venir se loger sur les fibres musculaires ou entre ces fibres elles-mêmes.

Sur dix observations de hernies pectinéales que nous avons réunies nous n'en trouvons que trois cas.

bien authentiques de hernie telle que l'a décrite Cloquet :

1. Celle de Callisen qui va tellement en arrière des vaisseaux qu'elle va pénétrer entre le muscle pectiné et le muscle psoas ;

2° Celle de Cloquet lui-même qui publie l'observation d'une hernie crurale double rétro-vasculaire et pénétrant sous l'aponévrose du pectiné ;

3° L'observation d'Adams qui pénètre l'aponévrose du pectiné à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope et en arrière de la veine fémorale ; c'est bien là où se trouve la fosse ovale.

2° *Hernie pectinéale interne.* — Cette hernie pénètre l'aponévrose du muscle du pectiné très en dedans des vaisseaux avec lesquels elle n'a que des rapports éloignés.

Elle passe le plus souvent par le canal crural tout près du bord externe du ligament de Gimbernath.

Deux fois nous avons noté qu'elle tenait la place du ligament de Gimbernath ou passait par une éraillure de ce ligament.

Arrivée à la partie supérieure et antérieure de la cuisse elle pénètre directement sous l'aponévrose du muscle pectiné tout près du ligament de Cooper.

Nous pouvons nous reporter à la description que nous avons faite de l'aponévrose du muscle pectiné et nous pouvons nous rendre compte que cette hernie pourrait bien pénétrer par un orifice vasculaire que l'on trouve parfois près du bord postérieur du ligament de Gimbernath sur l'aponévrose pectinéale.

Cette hernie pourrait passer également par une éraillure de cette aponévrose ; elle se loge le plus souvent non pas directement sous l'aponévrose mais entre les fibres du muscle pectiné lui-même.

Sur 9 observations de hernies pectinéales nous notons 6 cas de hernies pectinéales internes. La hernie de M. le D^r Rivet est une hernie pectinéale interne.

Quant à l'observation de Richet, elle est trop courte pour que nous puissions la classer.

ETIOLOGIE

Ces hernies existent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme probablement pour les mêmes raisons que la hernie crurale dont elles ne sont que des variétés.

Nous avons noté que ces sortes de hernies ne se trouvaient que sur des sujets âgés ayant en général peu d'embonpoint.

Il nous est cependant impossible avec le peu d'observations qui existent d'en bien débrouiller l'étiologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne reviendrons pas sur le siège qu'occupent ces hernies, nous venons de nous étendre suffisamment longuement sur ce sujet. Nous nous bornerons à indiquer leur volume, la longueur et le contenu de leur sac.

Les hernies pectinéales internes ont généralement le volume d'une grosse châtaigne ou d'un œuf de pigeon, elles sont souvent si peu perceptibles extérieurement qu'il faut toute l'attention d'un clinicien expérimenté pour les dépister.

Dans l'observation de Callisen on trouve sous un tissu cellulaire épais une anse d'intestin étranglée de couleur violacée.

Dans l'observation de Cloquet, à l'autopsie d'une femme de soixante ans on trouve du côté droit une hernie renfermant de l'épiploon dur et surchargé de graisse. L'artère fémorale présentait à ce niveau un rétrécissement avec une transformation cartilagineuse. La veine fémorale un peu au-dessous de la hernie présente une dilatation variqueuse. Du côté gauche on constate une hernie avec les mêmes caractères que celle du côté droit.

Vidal (de Cassis) trouve des deux côtés sur le cadavre d'une vieille femme deux sacs herniaires sans contenu qui du bord externe du ligament de Gimbernat se prolongeaient dans le muscle pectiné sur une longueur de 2 pouces.

Dans l'observation de Richet on trouve de l'épiploon dans un sac intra-pectinéal.

Dans l'observation de Legendre on remarque un sac herniaire ne renfermant que de l'épiploon.

Dans l'observation de Roustan on note un sac d'une longueur de 7 centimètres de son collet à son fond ; peu de fibres musculaires autour du sac près du collet, mais il y en a une épaisseur de 1 cen-

timètre environ en avant et en arrière du fond.

Un premier sac vient en avant former une hernie crurale renfermant de l'épiploon.

Dans une hernie étranglée observée par Adams, on arrive à travers les fibres du pectiné sur un sac qui ouvert laisse écouler du pus fétide, on trouve une masse épiploïque congestionnée et une ause intestinale gangrenée et perforée en plusieurs points.

Dans l'observation d'Alberti on trouve une anse d'intestin étranglée, le sac renfermait une grande quantité de liquide intestinal, il y avait une plaque de gangrène et il y eut une rupture de l'intestin au cours de l'opération.

Axhausen opéra en 1906 une hernie pectinéale dans laquelle il trouva un sac de la grosseur d'une châtaigne avec une anse d'intestin étranglée de coloration rouge très foncée ; il y avait une petite quantité de liquide dans ce sac.

Dans l'observation de M. le Dr Rivet nous trouvons dans le sac une anse d'intestin étranglée et violacée.

Nous voyons donc que ces hernies sont très sujettes à l'étranglement, il est vrai que souvent elles ne sont diagnostiquées qu'à l'occasion de cet étranglement.

Dans le sac nous trouvons le plus souvent une anse intestinale ou de l'épiploon, quelquefois les deux à la fois. On peut trouver également le sac vide.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Nous constatons en lisant les observations que nous avons recueillies que ces hernies ont été souvent découvertes à l'autopsie des cadavres ou encore à la suite d'étranglements herniaires; dans ce dernier cas nous aurons les signes de l'étranglement, nausées, vomissements, pouls petit et rapide, ballonnement du ventre, facies grippé et *une douleur* au niveau de l'étranglement qui sera exagérée par la pression.

Comme signes objectifs il n'existera souvent rien de bien apparent au siège de la hernie, on n'aura souvent au palper qu'une vague sensation d'empâtement, on n'apercevra qu'une légère surélévation de la peau au niveau de la hernie.

En réduisant la hernie si elle est réductible on pourra percevoir à ce niveau un véritable gargouillement.

D'autres fois on verra une tumeur plus saillante indiquant plus nettement une hernie.

Il nous faudra faire le diagnostic différentiel entre une hernie et les différentes tumeurs qui existent au niveau de la hernie pectinéale; le diagnostic différentiel sera le même que quand il s'agit de hernie crurale et nous n'avons pas à nous étendre sur le sujet.

Il sera plus utile de savoir si nous avons affaire à une hernie crurale ordinaire ou à une hernie pecti-

néale : la hernie crurale fera suite à l'anneau crural, sera située immédiatement en dedans de la veine fémorale et viendra soulever la peau à ce niveau dans le canal crural où à travers un orifice du fascia critriformis.

La hernie de Cloquet sera plus en dehors et en arrière des vaisseaux, elle ne fera pas saillie en soulevant les téguments ; on pourra la deviner profondément à la palpation.

La hernie pectinéale interne sera plus en dedans que la hernie crurale ordinaire, elle ne fera souvent aucune saillie et ne produira qu'un soulèvement inappréciable, on trouvera quelquefois un vague empâtement à son niveau. Cette dernière hernie se confondrait beaucoup plus facilement avec la *hernie obturatrice* qui est située exactement en arrière. Comme moyen de diagnostic différentiel nous n'aurons guère que la palpation. En pressant sur la branche horizontale du pubis nous déterminerons de la douleur dans la hernie pectinéale si nous pressons sur son pédicule et surtout dans l'étranglement. Dans la hernie obturatrice nous provoquerons de la douleur en pressant le pédicule à la sortie du canal sous-pubien par le toucher vaginal chez la femme et le toucher rectal chez l'homme et nous pouvons percevoir par ces palpers une tumeur dont nous pouvons délimiter le volume et le siège.

TRAITEMENT

Une semblable hernie pourrait-elle être maintenue par un bandage ? Une hernie saillante, évidente et reductible pourrait l'être certainement mais le plus souvent il n'en est pas ainsi et la hernie n'est diagnostiquée qu'au moment de l'étranglement.

Quant à la cure radicale de la hernie pectinéale interne nous n'avons qu'à rappeler l'opération faite par M. le Dr Rivet, il n'y a pour cela qu'à se rapporter à l'observation que nous avons incorporée dans ce travail.

Le traitement opératoire varie peu de celui de la hernie crurale ordinaire dont la hernie pectinéale n'est qu'une variété.

Il faudra cependant aller la chercher plus profondément sous l'aponévrose ou dans la fibre mêmes du muscle pectiné.

CHAPITRE CINQUIÈME

Observations

Nous avons pu réunir 10 observations publiées jusqu'à ce jour sur les hernies pectinées.

Nous avons mis l'observation de M. le Dr Rivet dans un chapitre spécial, nous pouvons faire un rapprochement entre cette hernie et les deux cas de hernies d'Alberti et d'Axhausen dont nous avons recherché les observations que nous avons fait traduire en français. Ce sont deux observations allemandes de hernies pectinées internes étranglées.

OBSERVATION II

(de Callisen)

Une femme de quarante ans était atteinte, depuis plusieurs années, d'une hernie crurale qu'elle maintenait irrégulièrement avec un bandage. Depuis deux ans elle éprouvait souvent des accidents. Enfin elle fut prise de douleurs vives dans sa tumeur, puis dans l'abdomen, avec des nausées et des

vomissements. Le troisième jour survinrent des vomissements de matières stercorales.

A l'examen de la malade je trouvai une petite tumeur assez mobile, oblongue, égale, profondément cachée sous une couche épaisse de tissu cellulaire, dure et peu douloureuse à la pression. Il y avait peu de fièvre, la malade rejetait tout ce qu'elle prenait. Les divers traitements employés ne purent faire disparaître ces symptômes.

Le jour suivant l'apparition des règles ayant amené une diminution dans les symptômes, Callisen douta que la hernie fût la cause de tous ces accidents ; mais le jour suivant, tous les symptômes augmentèrent avec une telle intensité, que l'opération fut jugée nécessaire.

Après avoir incisé les téguments, j'aperçus la tumeur environnée de tissu cellulaire, ressemblant moins à une hernie qu'à une tumeur des ganglions du tissu cellulaire, mais paraissant tout à fait la même que celle que j'avais reconnue par l'exploration lorsque j'avais tenté en vain sa réduction. Assez troublé de cette disposition, je craignais qu'il n'y eût pas de hernie et je soupçonnais l'existence d'un ileus ; mais me rappelant avoir déjà réduit cette hernie chez cette malade, je pensai qu'il fallait poursuivre mes recherches plus profondément dans cette région. Après avoir enlevé plusieurs lames de tissu cellulaire par une dissection laborieuse, je sentis une partie plus élastique et je trouvai une anse assez grande d'intestin cachée entre le muscle pectiné et le tendon du psoas. Après l'ouverture du sac elle était d'une couleur violacée ; après avoir coupé très peu le ligament de Fallope, on put rentrer l'intestin avec assez de facilité.

Les symptômes se calmèrent bientôt : la cavité située entre

les deux muscles qui renfermaient la hernie fut bientôt remplie, enfin la plaie elle-même se cicatrisa bientôt, et la malade après sa guérison, reprit son bandage (Callisen, « *Observata medico-chirurgica, herniarum rariorum biga* » in *Acta societatis medicæ hauniensis* ; 1777, vol, II, p. 321).

Comme on a désigné jusqu'à ce jour du nom de hernie de J. Cloquet toute hernie à travers le muscle pectiné ou sous son aponévrose, nous avons cru devoir rapporter ici *in extenso* l'observation que Cloquet a incorporée dans sa thèse présentée le 20 mars 1831 pour le concours pour la chaire de pathologie externe près la Faculté de Médecine de Paris.

OBSERVATION III

(De J. Cloquet)

Varices de la veine fémorale et commencement d'oblitération de l'artère de même nom produite par la compression d'une hernie crurale épiploïque.

Cadavre d'une femme d'environ soixante ans, pavillon de l'école pratique, 1814.

Ce cadavre présentait deux hernies crurales : 1^o celle du côté droit formée par un long appendice de l'épiploon qui était dur et surchargé de graisse était renfermée dans un sac globuleux assez mince, long de 15 lignes, légèrement rétréci à son collet. Ce sac descendait en dehors du ligament de Gimbernat, dans la gaine de la veine et de l'artère fémoro-

rales, s'introduisait en partie entre ces vaisseaux qu'il refoulait en avant et en dehors et le muscle pectiné sur lequel il reposait en arrière. L'artère fémorale offrait un rétrécissement de sa cavité, dû à une transformation cartilagineuse de sa paroi interne et postérieure, précisément à l'endroit où elle était comprimée et déviée par la hernie ; la transformation consistait dans une plaque cartilagineuse, blanche, solide, élastique, sorte d'épaississement de la tunique moyenne de l'artère.

La membrane interne, en effet, et la tunique extérieure et celluleuse étaient intactes ; mais les fibres de la tunique moyenne avaient disparues et semblaient être changées en cartilage.

Cette concrétion comprenait dans le sens transversal à peu près la moitié de la circonférence de l'artère et avait 9 à 10 lignes de longueur. Mince vers sa circonférence, elle était beaucoup plus épaisse à sa partie moyenne et rétrécissait environ de moitié la cavité du vaisseau. Le sac de la hernie du côté gauche, qui est représenté ici, avait la même forme, les mêmes rapports que dans les cas précédents et opérait ainsi une déviation de l'artère et de la veine fémorales. Il renfermait une portion d'épiploon dure, comme squirrheuse avec laquelle il avait contacté quelques adhérences. L'artère fémorale au niveau de sa déviation offrait le même épaississement cartilagineux de ses parois que celle du côté droit ; de plus, la veine fémorale, au-dessous de la hernie, présentait une dilatation variqueuse assez considérable.

J'ai constaté que les autres parties des artères fémorales sur ce cadavre, ainsi que les principales artères du corps, étaient exemptes de cette dégénérescence cartilagineuse,

que l'on est bien en droit d'attribuer, ce me semble, à la pression locale des tumeurs herniaires sur les parois artérielles. (J. Cloquet, *Pathologie chirurgicale*, thèse de concours, 1831, p. 88.)

OBSERVATION IV

de Vidal (De Cassis)

« Voici une espèce de hernie qui n'a été décrite par personne, je vais transcrire une note telle qu'elle a été rédigée à l'amphithéâtre de la Pitié, pendant que j'y faisais des recherches avec mon ami M. Goyrand.

18 octobre 1827. — J'ai trouvé sur le cadavre d'une vieille femme une hernie bien extraordinaire. Elle s'était faite à la partie tout interne du canal crural, à toucher le ligament de Gimbernât. De là, elle se portait en arrière, perçait le feuillet profond du fascia lata qui recouvre le pectiné et se prolongeait dans le muscle. Cette hernie consiste en un sac de la longueur de 2 pouces oblitéré dans sa moitié inférieure ; sa paroi est très épaisse dans le reste de son étendue. Il ne contient rien. A son ouverture dans l'abdomen, le sac est entouré d'un tissu sous-séreux violet comme on en trouve aux ovaires des vieilles femmes. Cette disposition existe des deux côtés. C'était là évidemment un ancien sac de hernie crurale. » (*Traité de pathologie externe*, par Aug. Vidal (De Cassis), t. V, p. 40.)

OBSERVATION V

(de Richet)

« J'ai disséqué une hernie crurale dans laquelle on voyait

une portion de l'épiploon qui, après avoir traversé l'aponévrose pectinéale s'était mise en rapport immédiat avec les fibres de ce muscle. » (Richet. *Anatomie médico-chirurgicale*, 1857.)

OBSERVATION VI
(Roustan, Soc. an., 1843.)

Homme de quatre-vingt-trois ans, opéré, il y a dix ans, d'une hernie crurale qui a laissé une cicatrice transversale longue de 6 centimètres. Actuellement il existe une hernie crurale grosse comme un petit œuf de poule. Bosselée, incomplètement réductible, sourde à la percussion, produisant un faible gargouillement quand on la réduit, une augmentation considérable par la toux, de la douleur à la fatigue, et quand le malade fait des chaussons, son travail habituel. Mort dans un service de médecine. A l'autopsie on constate une cicatrice adhérente au fascia superficialis et cribriiformis, eux-mêmes confondus à ce niveau et adhérents au fond du sac immédiatement sous-jacent. Long de 4 cm. 1/2 sur 3 de large ce sac occupe la place du ligament de Gimbernat qui n'existe plus. Un cordon épiploïque s'engage au fond du sac où deux orifices conduisent dans deux sacs différents.

L'orifice antérieur est celui du sac crural observé ; le deuxième orifice caché par la lame épiploïque conduit dans un sac pectinéal. Celui-ci traverse l'aponévrose du pectiné qui est détaché à la partie moyenne de ses insertions au ligament de Cooper. C'est entre elle et ce ligament que s'est glissé le péritoine pour former le sac qui nous occupe. Il est pourvu d'un collet formé par un stigmat circulaire tout autour duquel viennent aboutir du fond du sac un grand nombre de

plis. Les fibres musculaires sont rares et pâles près du collet, mais elles forment en avant et en arrière du fond une couche de 1 centimètre environ d'épaisseur se rapprochant davantage par la couleur du tissu musculaire. Mesuré du collet à son fond le sac offre 7 centimètres de profondeur ; il se porte jusqu'auprès des insertions du pectiné au fémur. Les parois, à part l'injection des vaisseaux sous-séreux, jouissent de tous les caractères du péritoine normal.

Nous lisons dans le *Bulletin de la Société de biologie* de 1857 ce qui suit :

« Parmi les formes rares de hernie crurale celle qui se fait à travers le muscle pectiné est une des moins connues. Il n'existe dans la science que deux faits incomplètement décrits de cette forme de hernie que M. le professeur J. Cloquet a fait connaître le premier. Dans ses recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen, 1817, XLVI^e proposition, cet auteur rapporte avoir vu le sac de la hernie crurale s'engager par une ouverture de la paroi postérieure du canal crural ; il reposait immédiatement sur le muscle pectiné, et avait au devant de lui l'artère et la veine fémorales, dont il était séparé par le feuillet profond de l'aponévrose fascia lata. Cette même observation est relatée avec quelques détails de plus, dans sa thèse présentée au Concours de 1831 pour la Chaire de pathologie externe. »

Voici maintenant la description de la hernie dont je présente la pièce à la société :

OBSERVATION VII

(D^r E.-Q. Legendre, prosecteur des hôpitaux) (1)

Observation de hernie crurale à travers l'aponévrose du muscle pectiné. — Hernie de J. Cloquet.

Cette hernie a été recueillie sur une femme de soixante ans, morte à la Salpêtrière le 6 mars 1855, et opérée anciennement d'une hernie crurale comme l'indique la cicatrice de la peau adhérente au tissu cellulaire de cette région. Le sac herniaire ne renferme que de l'épiploon. Si on examine cette hernie du côté de l'abdomen, on voit qu'elle s'est faite comme la hernie crurale la plus commune, immédiatement en dehors du bord concave du ligament de Gimbernat, l'artère épigastrique répondant au côté externe du collet du sac.

Comment cette hernie passe-t-elle de la région abdominale dans la région crurale ? On sait que l'aponévrose qui recouvre le muscle pectiné remonte très haut pour s'insérer sur la crête pectinéale et sur la surface pectinéale du pubis; par son côté externe elle se confond avec l'aponévrose du muscle psoas, en formant, sous le nom de feuillet profond du fascia lata, la paroi postérieure du canal crural des auteurs. Par son côté interne elle donne insertion au ligament de Gimbernat, dans le point correspondant au ligament ilio-pubien de Thompson ou ligament de Cooper. Notre hernie traverse immédiatement dans ce point l'aponévrose pectinéale et repose sur le bord supérieur du pubis. Arrivée dans la région

1. *Société de Biologie*, juillet 1857.

crurale, cette hernie présente une forme arrondie et le volume d'un petit œuf de pigeon ; elle est en rapport avec la face antérieure de la branche transversale du pubis au niveau de la gouttière sous-pubienne ; son sommet répond au trou obturateur ; ce rapport est important, parce que la saillie de cette tumeur se fait à la région crurale, dans le lieu même où siègent les hernies obturatrices, ce qui pourrait rendre le diagnostic très difficile. En avant, la hernie est recouverte par l'aponévrose du muscle pectiné. La hernie affecte des rapports très éloignés avec les vaisseaux fémoraux. En effet, elle est séparée par cette lame aponévrotique profonde, résultat de l'accolement des deux aponévroses fascia iliaca et pectinée, qui, insérées sur la capsule articulaire, se séparent en avant pour former les deux parois postérieures de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Si maintenant nous examinons les couches que le chirurgien aurait à traverser pour arriver à cette hernie, nous trouvons successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les deux lames de l'aponévrose superficielle ; enfin, l'aponévrose fascia lata, qui dans cette région recouvre le muscle pectiné.

En raison de la profondeur de cette tumeur, on comprend la difficulté du diagnostic si des accidents d'étranglement étaient venus à se manifester : comme pour la hernie obturatrice, on aurait pu les confondre avec ceux d'un étranglement interne. Enfin, si une opération devait être pratiquée dans cette région, telle qu'un débridement, il devrait être fait directement en dedans comme pour la hernie crurale ordinaire, le collet du sac affectant les mêmes rapports avec l'artère épigastrique et les vaisseaux fémoraux.

OBSERVATION VIII

(Adams) (1)

Femme présentant les signes d'un étranglement herniaire. Après examen plusieurs fois répété, on constata dans l'aine, mais plus en dedans que la hernie crurale ordinaire, une plénitude anormale surtout prononcée dans l'abduction.

L'opération pratiquée permit d'arriver, après section et ligature de la veine saphène, sur l'aponévrose nacrée et résistante du fascia lata qui fut coupée sur la sonde. On divisa un certain nombre de fibres musculaires qui, d'après leur direction, pouvaient n'appartenir qu'au pectiné. On arriva alors sur un sac dont l'ouverture laissa écouler une petite quantité de pus fétide et met à nu une masse épiploïque congestionnée et une anse intestinale gangrénée et perforée en plusieurs points. L'étranglement qui siégeait à la hauteur de l'anneau crural fut coupé en haut et en dedans. Le malade mourut quatre jours après. L'autopsie démontra l'existence d'une hernie qui avait traversée l'anneau crural en glissant en arrière et un peu en dedans de la veine fémorale, dans la direction du muscle pectiné, au milieu duquel la hernie s'était engagée. Une partie du muscle était atrophiée et gangrénée, et la colonne charnue qui s'était trouvée au-devant de la hernie était recouverte par la portion pectinéale du fascia lata. Cette aponévrose avait presque complètement

1. Adams. *Gaz. Hôp.*, 1862.

disparue sur le reste du pectiné. L'anse contenue dans le sac avait environ un pouce et demi de long et appartenait à la partie moyenne de l'intestin grêle.

Observations allemandes

Nous avons fait traduire de l'allemand deux observations de hernies pectinéales étranglées, l'une d'elles fut publiée en 1895 par Alberti et l'autre par Axhausen en 1906. Elles présentent une grande analogie avec l'observation de M. le Dr Rivet.

OBSERVATION IX

(Alberti. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1895, XL, 426.)

Un cas de hernie du pectiné ; herniotomie.

A. H. ..., âgée de quarante-neuf ans, ouvrière à Potsdam, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ce jour. Elle a eu six accouchements ; le dernier, il y a neuf ans. Depuis le printemps de l'année 1893, elle se plaint d'un manque d'appétit et, très souvent, de douleurs abdominales. Elle n'a jamais eu beaucoup d'embonpoint et n'a jamais porté de bandage herniaire. Le 2 septembre 1893, elle est prise de forts vomissements et de violentes douleurs abdominales, suivis presque aussitôt d'une selle légère. Depuis, cessation complète des selles, et, sous l'influence des vomissements répétés, son corps gonfle graduellement.

Le 20 septembre, c'est-à-dire dix-huit jours après le début

de l'affection, elle se décide à aller consulter un médecin. Les médecins traitants trouvèrent alors une femme pâle, d'aspect misérable, ayant l'abdomen fortement ballonné et les contours des anses intestinales gonflées par les gaz, se dessinant très nettement. Ganglions inguinaux légèrement augmentés de volume des deux côtés. Dans la région crurale droite, on perçut nettement un bruit de gargouillement correspondant à celui d'une petite hernie crurale ; mais il n'y avait pas de gonflement de la région. L'examen rectal et l'examen vaginal ne démontrent rien d'anormal. Dans l'urine, albumine en légère quantité. Pouls très fort, oscillant entre 80 et 90. Pas de fièvre. Respiration accélérée. Le lavage de l'estomac donne une grande quantité de liquide très odorant et d'aspect féculent. Tous les jours, lavages de l'estomac et irrigations rectales. Le mercure vif pris par la bouche n'apporte aucun changement. Pas de selles ni gaz ; tendance aux vomissements.

Je vis la malade le 26 septembre. elle était d'une maigreur extrême, pâle et déprimée. Pouls petit 90. Respiration accélérée. Ballonnement considérable du ventre qui est très tendu : on sent très nettement les contours des anses intestinales gonflées de gaz. Je ne trouve pas de hernie aux différents points d'élection ; et, en particulier, à droite, il m'est impossible de découvrir la moindre hernie crurale ; pas de gargouillement.

A l'ouverture de l'abdomen par une incision médiane sur la ligne blanche, longue de 8 centimètres et commençant au-dessous de l'ombilic, je sentis à ma grande surprise que la malade avait une hernie dans la région crurale droite. Comme extérieurement il avait été impossible de sentir cette

hernie, je croyais d'abord qu'il s'agissait d'une hernie obturatrice ; mais je pouvais aussitôt constater que, des deux côtés, les anses intestinales voisines, très fortement tendues, se trouvaient au-dessus de la branche horizontale du pubis, tandis qu'au-dessous on pouvait palper aisément le canal obturateur. Il était fort douteux qu'il se fût agi là d'une hernie crurale étranglée parce qu'on ne sentait pas de tumeur extérieurement ; je ne pouvais alors penser qu'à un pincement de la paroi intestinale ; je fermai la plaie abdominale, j'examinai les vaisseaux cruraux et je ne fus pas peu étonné de trouver l'anneau crural libre et ne contenant pas de hernie. Pensant que j'avais pu m'être trompé et qu'il aurait pu s'agir d'une hernie obturatrice, je pénétrai avec le doigt dans le canal obturateur entre le muscle pectiné et les adducteurs (ce que je réussis très facilement grâce à la grande complaisance du fascia lata qui était fort mince) ; et je le trouvai aussi libre que les premiers, la pulpe du doigt y pénétrant aisément. Pendant que, en faisant cet examen, je saisissais le muscle pectiné, je sentis, dans ce muscle, une tumeur et un épaississement irrégulier. Je fendis aussitôt le fascia pectineæ et je réussissais, à travers une couche musculaire superficielle, à tomber sur un sac herniaire, très gras, ayant à peu près les dimensions d'un œuf de poule ; ce sac avait environ 6 centimètres de long et s'étendait vers le bas, en arrière et en dehors, en suivant la direction longitudinale du muscle ; il se laissait facilement énucléer du muscle. Si l'on soulève le sac, on voit qu'à l'endroit où il reposait sur le muscle celui-ci était creusé en puits. A son extrémité la plus inférieure, le sac herniaire était fort aminci en deux endroits et en point de la dimension d'une fève, il pré-

sentait de la dégénérescence kystique. En ouvrant l'un de ces petits kystes on donnait issue à une cuillerée à thé environ d'un liquide herniaire, jaunâtre, limpide. Dans le sac, on trouvait aussi une anse d'intestin grêle, longue de 10 centimètres, légèrement gonflée, présentant une teinte violacée très accentuée et étant fortement injectée. En plusieurs endroits, cette anse était étroitement adhérente avec le sac herniaire. Une de ces adhérences, située dans les parties les plus profondes du sac, était particulièrement large et épaisse; elle saignait beaucoup après sa section, au point que je fus obligé de lier le petit moignon qui restait fixé à l'intestin.

Le collet du sac reposait directement sur la branche horizontale du pubis; le doigt pouvait en dilater facilement l'orifice; et à travers cet orifice on voyait une anse intestinale ayant une teinte violacée, mais qui présentait encore un aspect satisfaisant, permettant de faire un pronostic favorable. Toutefois, si l'aspect de l'anse herniée était satisfaisant il existait aussi des phénomènes graves d'étranglement.

Cependant il ne semblait pas que cet étranglement relativement léger pût être la cause des phénomènes graves que j'avais observés. Voulant faire la cure radicale, je dénudai le sac; mais en le tirant fortement en haut, je vis jaillir subitement une grande quantité de liquide intestinal. Comme à l'examen de l'anse étranglée une plaie ou une rupture de cette anse me paraissait impossible, je pensai alors à un étranglement interne et j'étais décidé à le rechercher en ouvrant à nouveau la cavité abdominale. Mais je ne pus terminer l'opération parce que la malade tomba dans un état de faiblesse extrême; son pouls devint imperceptible et l'on courait grand risque de la voir mourir pendant l'opération.

Je me bornai donc à rapprocher les deux bords du sac que je laissai ouvert. La malade mourut trois heures plus tard.

L'autopsie montra qu'il y avait une anse intestinale étranglée ainsi que je l'ai indiqué plus haut. A la partie centrale de l'anse qui se trouvait en dehors de l'anneau d'étranglement, je vis une plaque de gangrène ayant les dimensions d'une pièce de 5 pfennigs ; et au centre de cette plaque il y avait une ulcération de la muqueuse, ayant les dimensions d'une pièce de 2 pfennigs. Cette plaque de gangrène reposait directement sur le bord saillant du ligament de Gimbernat et elle était recouverte par le péritoine pariétal. Du foyer gangréneux part un cordon de tissu conjonctif, solide, résistant, long de 2 centimètres, qui pénètre dans le sac herniaire où il se fixe. Si l'on attire en haut le sac herniaire, on voit ce cordon se tendre beaucoup et attirer vers le bas la partie gangrénée de l'intestin. Ceci explique, à n'en plus douter, la rupture intestinale qui s'est produite au cours de l'opération. L'orifice herniaire se trouve ainsi que l'autopsie l'a démontré dans l'anneau crural, et le collet du sac immédiatement sur la branche horizontale du pubis. Le sac pénétrait ensuite directement dans le muscle pectiné où il était recouvert par une mince couche musculaire et par le fascia. Le muscle était creusé d'un trou qui mesurait 4 centimètres de profondeur et qui aboutissait encore à une poche située dans le muscle et par l'intermédiaire de laquelle la hernie s'étendait bien plus profondément.

Remarque. — L'auteur fait ensuite un aperçu historique des cas de hernies pectinéales publiés dans la littérature médicale.

OBSERVATION X

(Axhausen. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig,
1906, LXXXI, 567-571.)

*Un cas de hernie pectinéale de Cloquet, étranglée et
diagnostiquée avant l'opération. — Guérison.*

Femme S., âgée de soixante-douze ans, entre à la clinique le 26 juin 1905. La malade avait, jusqu'au 22 juin dernier, toujours joui d'une bonne santé ; elle ne se rappelle pas avoir jamais souffert de hernie. Le 22 juin au soir, elle est prise subitement de coliques et de douleurs violentes s'irradiant, au-dessus de l'ombilic, à travers tout l'abdomen et, au-dessous, se propageant dans le côté droit du ventre. Sensation de gonflement intense du ventre. En même temps, nausées, dégoût des aliments. Pendant la nuit, la malade vomit plusieurs fois.

Le 23 au matin, lavement donnant encore issue à quelques cybales ; depuis ce moment, plus de selles ni gaz. Le 24 les vomissements ont une odeur fécaloïde. Le 25, persistance des douleurs et des vomissements ; on décide l'opération.

La malade est encore très vigoureuse pour son âge ; l'état général n'est pas encore trop altéré. Température, 38°1 ; pouls, 100. Langue sèche, légèrement sale. Légère tension abdominale. Légère sensibilité à la pression dans la région du côlon ascendant ; matité hépatique diminuée. Organes génitaux séniles ne présentant rien de particulier. Par le

toucher rectal on sent une légère voussure du cul-de-sac de Douglas, et rien d'autre.

La malade vomit de petites quantités de liquide brunâtre, trouble, fortement acide, mais n'ayant pas d'odeur fécaloïde, L'examen du canal inguinal et du canal crural ne présente rien d'anormal. Tout au plus peut-on dire que peut-être la région de la fosse iliaque gauche paraît empâtée. A la palpation, on a l'impression qu'il s'agit là d'une forte saillie de tissu grasseux ou de quelques ganglions augmentés de volume ; cette sensation existe également à droite. La palpation attentive nous révèle que l'épaississement visible du tissu qui se trouve au-dessus du ligament de Poupart a une situation trop profonde pour qu'il puisse s'agir de tissu grasseux. Par des examens répétés et en mettant la cuisse gauche dans les différentes positions de flexion et d'adduction, on sent une petite tuméfaction, de la dimension d'une pièce de 1 mark, circonscrite, située au-dessous de l'anneau crural, au voisinage de l'insertion du muscle pectiné au pubis, et formant, au-dessus du plan de ce muscle, une petite saillie en forme de bouton. La consistance est ferme ; la sensibilité à la pression n'est pas digne de remarque.

Après avoir fait ces constatations, l'opération est aussitôt décidée et elle est faite par le Dr Goebell suivant les conseils du professeur Helfouch.

Anesthésie lombaire (stovaine = 0,04 ; paranéphrine Merck = III gouttes = 1,2 0/0 ; solution saline = 1). Au bout de dix minutes, incision longitudinale. Après section du tissu grasseux, on ne trouve pas de sac herniaire. Le fascia pectineæ est mis à nu. L'angle compris entre lui et le liga-

ment de Poupart paraît fermé. Au niveau du bord interne de la plaie opératoire, on voit nettement briller des fibres musculaires ; il en est de même au niveau du bord externe de la même plaie ; mais en son milieu, il n'en est plus ainsi, et l'on trouve un épaississement du fascia. En même temps, on a l'impression que le fascia est plus superficiel qu'ailleurs. Incision du fascia pectineæ dans sa partie moyenne et suivant une direction longitudinale ; aussitôt on voit surgir un sac herniaire ayant les dimensions d'une grosse châtaigne. L'ouverture du sac permet l'évacuation d'une petite quantité de liquide. Au fond et dans la profondeur de ce sac, on voit une anse intestinale ayant une coloration rouge brun très foncé. Malgré l'incision du fascia que l'on a prolongée jusqu'en haut, on ne découvre pas l'étranglement. On recherche jusque dans l'anneau crural. Libération par incision dans le ligament de Poupart. On attire avec précaution l'intestin qui est étranglé (plis en forme de bourse). Cette portion de l'intestin est amincie et a une coloration jaune gris. Agrandissement de l'incision en haut et en dehors. Ligature des vaisseaux épigastriques. Résection du fragment étranglé de l'intestin sur une longueur d'environ 8 centimètres ; suture latéro-latérale (suture à trois rangs). Isolement du sac herniaire ; on voit alors que la hernie est située dans un lit formé aux dépens des fibres musculaires du pectiné, de sorte que ces dernières sont séparées du fascia pectineæ par le sac herniaire alors que, plus loin, elles sont directement situées au-dessous de ce fascia. De plus, le sac était encore entouré par les fibres musculaires ; et la fente par laquelle la hernie avait fait saillie jusqu'au fascia pectineæ se trouvait immédiatement au niveau du bord inférieur du ligament de Coo-

per. Suture du sac herniaire au catgut. Sutures en étages de la paroi abdominale. Suture au catgut de l'orifice herniaire, le fil allant du ligament de Cooper au ligament de Poupart. Autre suture du ligament de Poupart pour réparer la solution de continuité faite dans ce ligament. Pansement stérilisé.

Les suites opératoires sont bonnes. Des gaz apparaissent sous l'influence de lavements de camomille. Guérison opératoire rapide. La malade sort guérie, le 22 juillet.

CONCLUSIONS

a) Les hernies pectinéales sont des variétés très rares de hernies crurales. Nous en avons relevé neuf cas chez la femme et un seul cas chez l'homme. Elles affectent surtout la vieillesse.

b) Nous avons divisé les hernies pectinéales en deux variétés :

1° *La hernie pectinéale telle que l'a décrite J. Cloquet.* — Cette hernie aborde la région antérieure de la cuisse par l'anneau crural, chemine dans le canal de même nom en partie en arrière des vaisseaux fémoraux, et pénètre sous l'aponévrose du muscle pectiné soit en perforant la paroi postérieure du canal crural, soit en passant sur le muscle au niveau de la fosse ovale avec les vaisseaux honteux internes inférieurs.

2° *La hernie pectinéale interne.* — C'est la plus fréquente, nous l'avons constatée six fois dans neuf observations de hernies pectinéales. Nous n'avons pas pu classer la hernie de Richet à cause du peu de détails que nous avons sur elle.

Cette hernie pectinéale interne aborde la paroi antérieure de la cuisse par la partie la plus interne

de l'anneau crural ou par une éraillure du ligament de Gimbernath ; elle pénètre immédiatement sous l'aponévrose du muscle pectiné par une éraillure ou par un petit orifice vasculaire qui existe quelquefois près du bord externe du ligament de Gimbernath, près de l'insertion du muscle et parallèlement au ligament de Cooper. Cette hernie n'a que des rapports très éloignés avec les vaisseaux fémoraux.

c) Les hernies pectinéales sont sous-aponévrotiques ou intra-musculaires ; elles affectent le plus souvent cette dernière forme. Elles sont alors recouvertes par l'aponévrose du pectiné et par une couche de muscle qui atteint quelquefois une épaisseur de 1 centimètre.

d) Les hernies pectinéales paraissent très exposées aux étranglements. Sur cinq cas de hernies pectinéales diagnostiquées et opérées nous avons cinq étranglements herniaires. Il est vrai qu'une telle hernie passe le plus souvent inaperçue à moins qu'elle ne devienne le siège d'un étranglement. Les cinq autres cas dont nous avons donné les observations ont été tous trouvés sur des cadavres.

e) Sur cinq cas de hernies pectinéales étranglées et opérées nous avons relevé trois guérisons.

Vu : le président de la thèse
P. SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Callisen. — *Observata medica-chirurgica, herniarum rario-
rum biga*, in *Acta societatis medicæ hauniensis*,
1777, vol. II.

Cloquet. — Note sur une espèce de hernie non encore
décrite. *Bulletin de la Faculté de Médecine de
Paris*, 1814.

— *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdo-
men*, 1817, XLVI^e proposition. Thèse de docto-
rat.

— *Pathologie chirurgicale*. Thèse de concours.
1831.

Vidal (de Cassis). — *Traité de pathologie externe*, t. V.

Richet. — *Anatomie médico-chirurgicale*, 1857.

Roustan. — *Société anatomique*, 1843.

Legendre. — Observation de hernie crurale à travers l'apo-
névrose du muscle pectiné ; hernie de J. Cloquet,
1857.

Legendre. — Observations de hernies crurales à travers
l'aponévrose du muscle pectiné ; hernie de Cloquet.
Compte rendu de la Société de Biologie, 1858.

Adams. — *Gazette des Hôpitaux*, 1862.

Loumeau. — Variétés rares de hernies crurales. Thèse de Bordeaux, 1885.

Bard. — Contribution à l'étude des variétés rares de hernies inguinales et crurales au point de vue de leur siège et de leur contenu. Thèse de Lyon, 1895.

Alberti. — Deutsche zeitschr. für chir., 1895, XL.

Axhausen. — Deutsche zeitschr. f. chir. Leipzig, 1906.

P. Berger. — Hernies ; traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

Graveilhier. — Traité d'anatomie descriptive.

Sappey. — Traité d'anatomie descriptive.

Dujarier (Ch.). — Anatomie des membres.

Poirier (Paul). — Traité d'anatomie humaine.

